Lane Medical Library

Über die
Erblichkeit bei Geisteskranken.

Ein statistischer und klinischer Beitrag.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Universität Greifswald

am

Mittwoch, den 22. Februar 1893

Nachmittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Paul Pollitz

prakt. Arzt

aus Köln.

Opponenten:

Herr Dr. med. Scheunemann, prakt. Arzt.

Herr Dr. med. Schepers, prakt. Arzt.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1893.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0171

Aus der Provinzial-Irren-Anstalt, Neustadt, Westpr.
Direktor Dr. Kroemer.

Neben den vielen ursächlichen Momenten, die zur Erklärung der Entstehung von Geisteskrankheiten herangezogen zu werden pflegen, nimmt die Heredität — die erbliche Disposition — als erstes und wichtigstes, häufig als einziges, die hervorragendste Stelle ein. Während dieselbe in der Neurologie und in der inneren Medizin zu Gunsten anderer bestimmterer Ursachen mehr und mehr in den Hintergrund getreten ist, hat sie in der Psychiatrie, sei es durch modern-naturwissenschaftliche Anschauungen, sei es durch anthropologische Untersuchungen, vielleicht auch durch den Mangel eines gleichwertigen Ersatzes gestützt, an Bedeutung wesentlich gewonnen. In der Beurteilung der Wichtigkeit der hereditären Belastung herrscht eine seltene und unbedingte Übereinstimmung in den Angaben der Forscher. Es entspricht diesem Umstande, dass diese Frage eine grosse Zahl von Bearbeitern gefunden hat; es genügt, die Namen Esquirol, Morel, Legrand, du Saulle, Griesinger, Nasse, Hagen und, als Bearbeiter vom philosophischen Standpunkt, Ribot zu nennen — dass die Heredität schliesslich zum Grundstein einer klinischen Einteilung der Psychosen gemacht wurde.

Überblickt man in dieser Hinsicht die bedeutenderen Lehrbücher der Psychiatrie, so findet man überall das Kapitel der Vererbung in eingehender Weise erörtert. So sagt Krafft-Ebing[1]): „Weitaus die wichtigste Ursache

[1]) Lehrbuch pag. 176.

auf dem Gebiete des Irrsinns ist die Übertragbar
psychopathischer Dispositionen, überhaupt cerebraler Infir
täten auf dem Wege der Zeugung." Sehr scharf
präzise äussert sich Griesinger:[1]) „Die statistischen Un
suchungen — heisst es bei ihm — bekräftigen auf's E
schiedenste die Ansicht der Laien und Ärzte, dass d
Irrewerden in einer grossen Zahl von Fällen eine an
borene Anlage zugrunde liege, und ich glaube, man d
ohne Anstand behaupten, dass in der That kein Mom
wichtiger ist als dieses." Nicht weniger eingehend finc
wir die Frage bei Arndt[2]) erörtert, der sich ebenso
Schüle[3]) an die fundamentalen Arbeiten Morels anleh
„Die Thatsache der Vererbung krankhafter Seelenzustän
gehört — nach ihm — zu den unzweifelhaftesten Wa
heiten." Bei Schüle ist ein grosser Theil der einschlägig
Literatur mitgeteilt, worauf hier verwiesen werden sc
Er schliesst sich überall an Morel an, speziell auch
der vielerörterten Frage, dass zwischen Disposition d.
einfacher und degenerativer Einwirkung des „hereditär
Giftes" ein Unterschied herrsche. Im Gegensatz hier
steht die Ansicht Arndts: „dass von einem Gegensatz
in welchem das hereditär degenerative oder Entartung
irresein zu dem gewissermassen auf blosser Disposition e
worbenen stehen sollte, nicht die Rede sein kann. Statistisch
Angaben über die Zahl der Belasteten giebt Arndt nich
dagegen weist Griesinger sowohl als Schüle auf d
ausserordentlichen Differenzen, die zwischen den Angabe
der einzelnen Autoren bestehen, hin. Kräpelin[4]) nimm

---

[1]) Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krank
III. Aufl.

[2]) Lehrbuch 1885, pag. 293.

[3]) Handbuch der Geisteskrankheiten pag. 247.

[4]) Psychiatrie III. Aufl. pag. 61.

dass im Mittel bei 30—40 % aller psychisch Erkrankten er den nächsten Anverwandten das Bestehen von eigentien Psychosen und einer Reihe verwandter Zustände sich chweisen lasse. Wie wenig Übereinstimmung gleich hier der ersten wichtigsten Frage besteht, geht daraus her-r, dass, wie Kräpelin hervorhebt, nach Legrand du ulle's[1]) Angaben die Zahlen zwischen 4—90 % wanken.

Der Umstand, dass in den Zahlenangaben so wenig bereinstimmung herrscht, mag den folgenden Versuch, en Beitrag zur Hereditäts-Statistik zu liefern, rechtfertigen. soll festgestellt werden, wie sich die Zahl der belasteten der der nicht belasteten Geisteskranken in Irrenanstalten rhält; im Anschluss daran, wie sich die verschiedenen nkhaften Zustände der Ascendenz durch Belastung der scendenz in Zahlen darstellen. Die scharfe Scheidung ischen belasteten und nicht belasteten Geisteskranken t längstens zu einer allerdings noch nicht allgemein eptirten Einteilung nach diesem Gesichtspunkt geführt. ir wollen versuchen, durch eine Reihe von Krankheitsschichten einen Beitrag zu dieser Frage zu liefern.

Die erste und wichtigste Frage, die vor allem entieden werden muss, ist die nach dem Verhältnis der Beteten zu den nicht Belasteten. Dass diese Entscheidung r durch grössere, sorgfältige Statistiken zu erbringen ist, gt auf der Hand. Dass die Lehrbücher wenig nach ser Richtung verwertbare Angaben enthalten, haben wir reits erwähnt. Man wird im folgenden aus einigen Zunmenstellungen älterer und neuerer Angaben erkennen, e stark die Differenzen sind.

---

[1]) Die erbliche Geistesstörung, übersetzt von Stark, 1874.

Einer Tabelle Griesingers[1]) sind die folgend Zahlen von meist ausserdeutschen Anstalten entnommen:

Name des Autors:	Zahl der Kranken:	Prozentsa der Belastet
Jarvis England	44717 Männer	4
	43091 Weiber	4,3
Sautard Marseille	?	6,6
Bicêtre = Salpetrière	8272	9
Jakobi	220	11,1
Blömingdale asyle	1841	16,6
Webster Bedlam	1798	33 1/3
Damerow Halle	773	25
Esquirol[2]) bei Reichen	?	60
„ „ Armen	?	25
Bini Florenz	?	25
Dagonet Stephansfeld	?	25

Wir lassen eine grössere Statistik Legrand d Saulle's[3]) folgen, in der fast alle statistischen Angab sowohl aus den letzten Jahrzehnten als auch weiter zurüc liegende zusammengefasst sind. Diese Zahlen, die unt den divergentesten wissenschaftlichen Anschauungen z sammengestellt sind, können natürlich nicht ohne weiter verglichen werden. Dieser Umstand überhebt uns jed weiteren Besprechung der Gründe, woher jene grosse Differenzen entstehen; auch diejenigen, die Legrand a führt, haben heute für die deutschen Irrenstatistiken, d alle vom gleichen Prinzip aufgestellt werden, keine Bede tung. Dagegen darf schon hier darauf hingewiesen werde dass Legrand die Zahl der erblichen Irren auf 40—50 im Anschluss an Untersuchungen von Thurnam schätz

[1]) l. cit.

[2]) Die Geisteskrankheiten, pag. 38.

[3]) Die erblichen Geistesstörungen von Legrand du Saulle. Deuts von Stark. 1874. pag. 4 u. 5.

ne Zahl, die, wie später gezeigt wird, sich mit unserem rgebnisse ungefähr deckt.

Name des Autors resp. der Anstalt:	Zahl der Kranken:	Prozent der Belasteten:
orcan	—	90
urrows	—	85,7
owe	—	84,52
ulet	—	69
essen	—	65
lichea	—	50—75
rierre de Boismont	—	ca. 50
ugh Grainger Stewart	—	49,61
hurnam direkte Erbl.	—	47,7
hurnam indirekte Erbl.	—	32,6
Marcé I. Zusammenstellung	—	42,85
Nable	—	40,0
Skae Edinburg	248	34,0
Esquirol Jory	—	34,80
Bergmann direkte u. indirekte	—	33,0
Esquirol Charenton	—	31,34
Guislain	—	30,0
Marcé II. Zusammenstellung	—	30,0
Martini Lenbus bessere Stände	—	30,0
Brigham	—	26,67
Morel	—	20,0
Bergmann direkte	—	20,0
Flemming Sachsenberg	—	mehr als 20,0
Caen	75	20,0
Parschappe	—	15,0
Ellis	—	15,36
Esquirol Salpétrière	—	13,30
Desportes Salpétrière	789	13,0
Hagen direkte	—	12—13
Bicêtre	3458	10,0
Bordeaux	265	10,0

Name des Autors resp. der Anstalt:	Zahl der Kranken:	Prozent der Belasteten:
Hoad	—	9,59
Paulard Marseille	—	7,0
Palermo	306	7,0
Aubanel u. Thore	—	4,37
Jarvis	—	4,0

Der Grund, den Griesinger für diese frappanten Differenzen in erster Linie anführt, dass die sehr grossen Statistiken mit weniger sorgfältig gesichtetem Material zu thun hätten, scheint mir wenig stichhaltig; denn umgekehrt könnte man die Ergebnisse kleinerer Statistiken auf Zufälligkeiten zurückführen; man mag sich aber hier an das erinnern, was Tigges[1]) über das Gesetz der grossen Zahlen sagt, wonach das Ergebnis grosser Statistiken sich in gleichem Masse bei kleinen geltend machen muss. Auf eines sei aber noch hingewiesen, lässt man die etwas weit zurückliegenden Zahlen Esquirols, dessen Ergebnis schon mit Rücksicht auf die Einteilung anfechtbar erscheint, bei der Betrachtung unberücksichtigt, so findet man als höchste Zahl bei Griesinger die von Webster mit $33\frac{1}{3}$ % und als niedrigste die von Jarvis mit 4 %.

Es sei zum Vergleich im folgenden eine Statistik der grösseren deutschen Anstalten zusammengestellt; sie ist aus den jährlichen Anstaltsberichten der ca. 15 letzten Jahre gewonnen. Dabei sind zur Gewinnung grösserer Zahlen die jährlichen Aufnahmen mehrerer Jahrgänge zusammengezählt.

Anstalt u. Autor.	Zahl der Patienten.	Prozentsatz der Belasteten.
Preussische Stat. 1887	15150	29,7
Neustadt (Kroemer)	831	41,1
München (Grashey)	1877	59
Roda (Maeder)	265	9,4

[1]) Tigges, Marsberger Stat. pag. 177 Zeitschr. f. Psych. Bd. 24.

Anstalt u. Autor.	Zahl der Patienten.	Prozentsatz der Belasteten.
Grafenberg (Pelmann)	1686 Männer	40,7
	1585 Frauen	44,3
Zürich (Forel)	977	61,1
	in mehreren Jahren	88,0
Marsberg neuere Stat.	2141	44,0
„ (Tigges 1867)	2285	41,4
Erlangen (Hagen)	931	42,2

Diese wenigen Zahlen mögen hier genügen, denn sie zeigen zwei für unsere Betrachtung höchst wichtige Umstände, einmal, dass die Anschauung von der Bedeutung der Heredität sehr an Verbreitung gewonnen hat, so dass unsere Zahlen die älteren fast alle übertreffen, und zweitens eine noch immer bestehende Differenz in den Angaben, deren Ursache nicht mit dem so wohlfeilen Hinweis auf die ev. bestehenden lokalen Unterschiede erklärt werden kann. Es kommt nämlich — und das gilt für jede Statistik und nimmt den Folgerungen so sehr viel an Wert — nur auf den Standpunkt des betreffenden Autors an. Ich will versuchen, dies im folgenden zu beweisen, möchte aber nochmals auf die Thatsache besonders hinweisen, dass die ältere Statistik kaum ein Viertel aller Geisteskranken für belastet ansah — eine Anschauung, die Jung[1]) durch eine grosse Zusammenstellung im Jahr 1864 zu beweisen suchte, während die heutige mit wenigen Ausnahmen bei der Hälfte und darüber diesen Nachweis der Belastung erbracht hat. Griesinger[2]) hat darauf hingewiesen, dass bei einer sorgfältigen Beobachtung alle diejenigen als Belastete betrachtet werden müssen, in deren Familie Seitenverwandte geisteskrank waren. Zweitens verlangt er, dass man Nerven-

[1]) Jung. Zeitschr. f. Psych. Bd. 21 pag. 652.

[2]) Griesinger. Lehrbuch pag. 156.

krankheiten[1]) in der Familie als prädisponirendes Moment ansehen müsse. Er nennt in dieser Hinsicht die Epilepsie, schwere Spinalirritation, Hysterie und Neuralgien. Viel bedenklicher ist die folgende Forderung Griesingers, wonach eine Disposition anzunehmen sei, wenn auffallende Überspanntheit oder Bizarrerie des Charakters oder „mehre" Selbstmorde in der Familie eines Geisteskranken beobachtet wurden, nicht, dass diese Forderung uns an und für sich unberechtigt erschiene, aber da Angaben über den Charakter der Eltern nur vom Patienten erhalten werden, so liegt es klar zu Tage, wie verschiedenartige Ergebnisse hierdurch erzielt werden können. Ich gestatte mir in dieser Hinsicht auf einige sehr sorgfältige und hervorragende Statistiken hinzuweisen; das grösste Ergebnis hat — wie oben angegeben — Forel[2]) und Gudden-Grashey[3]), das geringste Maeder[4]); im einzelnen bieten ihre Statistiken viel Interesse, ich lasse sie deshalb vollständig folgen.

München.

Autor.	Jahr.	Zahl der Aufgenommenen.	Darunter Belastete.	Prozentsatz.
v. Gudden	1884/85	265	97	36,9
Grashey	85-86	330	180	54,5
„	86-87	303	180	59,4
„	88-89	324	222	68,5
„	89-90	313	194	62,0
„	90	312	206	66,0
		Zürich.		
Forel	1884	155	137	88,4
„	1885	167	141	84,4

[1]) Conf. Morel: De l'hérédité morbide progressive.

[2]) Rechenschaftsbericht d. Züricher Irrenanstalt v. Forel.

[3]) Jahresbericht der Kreisirrenanstalt München v. Gudden, von 1885 an von Grashey.

[4]) Jahresbericht der Irrenanstalt zu Roda von Maeder.

Autor.	Jahr.	Zahl der Aufgenommenen.	Darunter Belastete.	Prozentsatz.
Forel	1886	186	103	75,2
„	1887	222	147	79,9
„	1888	208	115	69,7
„	1889	172	117	77,0
„	1890	189	124	79,6
Mäder (Roda)	1884	71	8	11,2
„ „	1885	64	14	21,8
Werner „	1886	67	16	23,8
Bartels	1887	82	20	24,3
„	1888	73	11	15,0
„	1889	86	9	10,4
„	1890	89	10	11,2
„	1891	90	6	6,6

Man hat hier also das Ergebnis von drei grossen Irrenanstalten; die Beurteilung geht wohl überall von dem Prinzip aus, das Griesinger gegeben, und wie divergent sind die Zahlen! Am interessantesten ist natürlich der Vergleich der Zahlen Guddens und Grasheys; von 36,9 % steigt die Zahl der Belasteten plötzlich auf 54,5 %, um schliesslich gar 68,5 % zu erreichen. Wesentlich weiter — und nur einen Schritt von dem bedeutungsvollen Schluss: Geisteskrankheiten entstehen „nur“ bei Belasteten entfernt — gelangt Forel in seiner Statistik. Seine Zahlen schwanken zwar in weiten Grenzen und sind lange nicht so konstant wie z. Bsp. der Anstalt, die ich im folgenden noch geben werde, weil sie eine ausserordentliche Gleichmässigkeit zeigen und gegenüber den extrem hohen und niederen Zahlen einen Durchschnitt bieten, aber das Bestreben, möglichst für alle Geisteskranke den Nachweis der Belastung zu erbringen, ist unverkennbar. Was aber für 88 % gilt, mag auch für 100 % gelten, auch wenn der strikte Nachweis fehlt. Mit einem analogen Schluss hat bekanntlich

Möbius[1]) die Tabes-Syphilis-Frage zu entscheiden versucht. In unserem Falle erscheint aber eine derartige Beweisführung um so bedenklicher, als thatsächlich der extreme Standpunkt Forels eigentlich von keinem Autor geteilt wird. Die gegenteilige Auffassung tritt am schärfsten in den Angaben Mäders[2]) hervor, der 6—24 % Belastete gelten lassen will, während Krömer und mit ihm eine grosse Zahl von Autoren zwischen diesen einen vermittelnden Standpunkt einnehmen. Man findet dann sehr konstante Zahlen, die wir als den wahrscheinlichen Ausdruck für das Verhältnis der Belasteten und Nichtbelasteten ansehen müssen. Für Neustadt war das Ergebnis:

Jahr	Zahl der Aufgenommenen	Darunter Belastete	Prozentsatz
1885—86	161	62	38,5
1886—87	127	57	44,9
1887—88	140	50	35,7
1888—89	105	47	44
1889—90	142	59	41,5
1890—91	159	73	45,9

und als Durchschnitt ergiebt sich 41 %, eine Zahl, die genau mit der von Tigges[3]) in seiner höchst sorgfältigen Marsberger Statistik angegebenen übereinstimmt.

Mehr Interesse und entschieden mehr praktische Bedeutung als die absolute Zahl bietet die Untersuchung über das Verhältnis der Geschlechter der hereditär Prädisponierten. Man hat sich hauptsächlich zwei Fragen zu beantworten gesucht, und, gestützt auf mehr oder weniger zutreffende Gründe auch beantwortet. Einmal ist es die Frage, wer für die Descendenz gefährlicher wirkt,

[1]) Ätiologie der Tabes v. Erb. Volkmanns Sammlung No. 53. 1892.

[2]) Mäder und seine Nachfolger s. vorher.

[3]) Marsberger Statistik 1867. Zeitschrift für Psych.

ein nervöser, ich meine das im weitesten Sinne — Vater oder eine nervöse Mutter, zweitens: wer ist am meisten in Gefahr zu erkranken, Söhne oder Töchter. Es bedarf keines Beweises für die Behauptung. dass nur eine grössere, gut beobachtete Statistik diese Fragen entscheiden kann; sie muss in erster Linie das Verhältnis der Geschlechter inbezug auf Heredität feststellen, ehe sie die oben aufgeworfenen Fragen beantworten kann.

Nachstehend lasse ich eine Zusammenstellung nach dieser Richtung folgen. Benutzt wurden dazu die jährlichen Anstaltsberichte, deren Ausbeute je nach dem grösseren oder geringeren Interesse mit dem grade des Kapitel der Heredität bearbeitet war, eine sehr verschiedene war. Bedauerlich ist, dass von Anstalten für Epileptische, deren Hereditätsverhältnisse so viel Interesse bieten, nur wenig brauchbare Berichte zu finden waren, was wohl dem Umstande zuzuschreiben ist, dass die wenigsten derartigen Anstalten unter ärztlichem Regime stehen.[1])

Um recht grosse Zahlenreihen zu gewinnen, wurden die Ergebnisse mehrerer Jahre addirt, wodurch Zufälligkeiten, die bei kleinen Zahlen leicht eine grosse Rolle spielen können, vermieden werden sollten. Zur leichteren Übersicht sind die Prozentzahlen überall in besonderer Rubrik zugefügt.

Name der Anstalt	Ergebnis von Jahren	Aufgenommene Männer	Aufgenommene Frauen	Belastete, darunter Männ.	Belastete, darunter Fr.	In Procenten Männ.	In Procenten Fr.
Allenberg	3	304	261	81	98	26,6	37,6
Altscherbitz	4	—	—	—	—	45,05	47,45
Bunzlau	3	247	124	102	54	41,3	43,5
Dalldorf	3	1082	830	297	190	27,4	22,8
Erlangen	6	503	428	214	180	42,5	42,0

[1]) Ein Muster nicht wissenschaftlichen Berichtes ist der der Anstalt Scheuren bei Nassau.

Name der Anstalt	Ergebnis von Jahren	Aufgenommene Männer	Aufgenommene Frauen	Belastete, darunter Männ.	Belastete, darunter Fr.	In Prozenten Männ.	In Prozenten Fr.
Grafenberg	9	1686	1585	686	703	40,7	44,3
Hildesheim	8	859	731	304	270	35	37
Königsfelden	10	891	824	282	382	31,6	47,5
Leubus	5	544	719	183	308	33,6	42,8
Marsbg.-Bethesda / Marienthal	3	1128	1013	492	450	43,6	45,2
München	5	853	682	489	384	57,2	56,3
Neustadt	6	440	394	180	168	40,9	42,6
Roda	8	348	260	45	49	12,9	18,8
Sachsenberg	—	—	—	—	—	43,6	49,7
Scheuren	—	—	—	—	—	—	—
Schwetz	5	223	181	56	64	25,1	35,3
Siegburg	—	—	—	—	—	44,1	45,2
Stephansfd.-Hördt	4	477	475	133	126	27,9	26,5
Stettin	—	—	—	—	—	—	—
Ueckermünde[1])	—	—	—	—	—	—	—
Zürich	—	554	423	315	282	56,8	66,6
Preuss. Stat. üb. d. preuss. Anstalten							
Bestand 1. Jan. 1879		9122	8223	2683	2506	29,3	30,4
dav. i. Privatanstalten		2508	1998	626	504	24,0	25,2

Man ersieht aus dieser Statistik, der des Vergleichs wegen noch das Ergebnis des Berliner statistischen Bureaus aus dem Jahre 1879 beigefügt ist, dass die Zahl der in Anstalten verpflegten Männer die der Frauen um ein Geringes übertrifft und zwar zeigt sich bei einer grossen Zahl eine gewisse Konstanz dieses Verhältnisses. Diese Zahl beträgt ca. 80—90 : 100. So ist das Verhältnis in Neustadt 89 Frauen auf 100 Männer, in Allenberg 87,0, in Schwetz 81,7, in Erlangen 85,6, in München 80,2, in Grafenberg

[1]) conf. im Bericht 1875/87 von Siemens die Bemerkung von Blo mberg.

94,0, in Dalldorf 78,7. Doch kann dieses Verhältnis nicht als der Ausdruck eines bestimmten Krankenstandes gelten, denn man findet in einigen Anstalten wie Leubus die Zahl der Frauen viel höher, in Stephansfeld beide Geschlechter fast gleich vertreten. Im ganzen ist die Anschauung allgemein, dass mehr Frauen als Männer psychisch erkranken, der Bestand der Anstalten giebt nach dieser Richtung keinen sichern Massstab.

Mehr Wert und zu praktischen Folgerungen mehr geeignet sind die Zahlen unserer Zusammenstellung, die das Verhältnis der männlichen und weiblichen Hereditarier angeben. Unter 10139 Männern sind 3859 belastet, was einem Prozentsatz von 38,0 entspricht, unter 8930 Frauen 3716 = 41,6 %. Die preussische Statistik giebt etwas geringere Zahlen, mit Einschluss der Privatanstalten giebt sie für 1879 30,0 : 32,1, sämmtliche Privatanstalten sonderbarer Weise, sehr im Gegensatz zu Esquirol, viel geringere Werte und zwar 24,0 und 25,2 %, obgleich in diesen doch im allgemeinen die Reichen untergebracht werden. Jung hat in seiner bereits erwähnten Arbeit die These besonders verfochten, dass „sich bei den Frauen durchweg ein höherer Prozentsatz der Erblichkeit finde wie bei den Männern“ und Eicholt hat diesen Satz in dem Berichte Pelmanns,[1]) der sich mit der Hereditätsfrage sehr eingehend beschäftigt und ein sehr wertvolles Material liefert, durch eine ganze Reihe von Zusammenstellungen zu beweisen gesucht. Im ganzen trifft er auch für unsere Statistik zu, aber es erregt doch Bedenken, wenn man so auffallende Abweichungen, wie sie für Königsfelden 31,6 : 47,5 auf der einen und für Erlangen und München auf der anderen Seite findet. Bei letzteren Anstalten prävaliert die Zahl der belasteten Männer in geringem Grade über die der Frauen,

[1]) Bericht der rh. Prov.-Irrenanstalt Grafenberg 1876—85 pag. 17.

während, wie aus obigem hervorgeht, die Frauen um ca. 5 % die Männer im Durchschnitt übertreffen. Kleine Differenzen würden allerdings nichts beweisen, denn dass manche Anstalten um einige Prozente über oder unter der Normalzahl stehen, ist erklärlich. Man hat nun zur Erklärung dieses auffallenden Verhältnisses vorzüglich zwei Faktoren in Betracht zu ziehen, deren Bedeutung für beide Geschlechter eine verschiedene ist, oder vielleicht richtiger gesagt, die überhaupt nicht für beide Geschlechter Bedeutung haben, so dass die Statistik, je nachdem diese mehr oder weniger einwirken, das Resultat ein anderes Aussehen erhält. Diese beiden Faktoren, die wir hier ins Auge fassen müssen, sind der Alkoholismus und die Paralyse. Bei letzterer Krankheit spielt die Heredität — darüber sind die Autoren wohl einig — eine geringe, vielleicht gar keine Rolle, eine Thatsache, die Hagen[1]) in seiner Statistik besonders hervorhebt. Ausserdem ist nicht zu vergessen, dass sie beim weiblichen Geschlecht verhältnismässig sehr selten ist.

Diese Umstände müssen natürlich den Prozentsatz der belasteten Männer besonders vermindern; sie wirken aber ohne Zweifel für alle Anstalten gleich, dabei ist es ohne Belang, ob man eine Zunahme (Hagen) oder ein Gleichbleiben der Paralysefälle (Stark)[2]) annimmt. Einen wesentlich anderen Effekt hat der Alkoholismus für die Anstalten. Für viele sind die an Delirium tremens Leidenden ausserordentlich selten, was Krömer[3]) in seinem Berichte dahin erklärt, „dass das Aufnahmeverfahren für die hiesige Anstalt — und das gilt für die meisten grösseren Irrenanstalten — viel zu zeitraubend ist, so dass die Alkoholiker

[1]) Hagen, Bericht Erlangen, pag. 10.

[2]) Stark, Bericht Stephansfeld. 1888/89. pag. 15 und die dazu gehörige Kurve.

[3]) Krömer, Bericht Neustadt. 1887/88. pag. 9.

ihren Rausch längst ausgeschlafen haben, ehe eine Behörde an die Unterbringung eines etwa durch Alkohol Erregten und Tobsüchtigen in die Irrenanstalt denke.“ Berücksichtigt man dies für das Ergebnis von Königsfelden, indem man in entsprechender Weise Potatoren und Paralytiker abzieht, so ergiebt sich, dass sich unter den somit restirenden 649 Männern 242 hereditär belastete = 41,8% befinden, denen 47,5% belastete Frauen entsprechen, so dass also die Differenz nicht wesentlich grösser ist als in den anderen Anstalten. Das auf den ersten Blick so frappirende Ergebnis der Erlanger Statistik muss unter gleichen Voraussetzungen ebenfalls eine erhöhte Ziffer für die männlichen Hereditarier liefern. Dass diese an und für sich die der Frauen übertrifft, erklärt sich aus der kleinen Zahl von an der Statistik beteiligter Potatoren: es sind deren im ganzen nur 4. Man erkennt schon hier, worauf später noch eingegangen werden soll, welch bedeutenden Einfluss der Alkoholismus in der Hereditätsstatistik der Geisteskranken ausübt. Ähnliches ergiebt sich übrigens auch für die Grafenberger Zusammenstellung, in der besonders im Gegensatz zu den meisten Autoren hervorgehoben wird: „Dass der väterliche Einfluss den mütterlichen überwiegt. Das Überwiegen des väterlichen Einflusses entgegen den Befunden älterer Statistiken — heisst es an derselben Stelle — scheint einzig und allein auf das Überhandnehmen der Trunksucht bei dem männlichen Geschlecht zu beruhen“.[1]) Auch hier wird das Ergebnis, wenn auch weniger auffallend, durch Paralyse und Alkoholismus beeinflusst, doch lässt sich eine genaue Berechnung speziell mit Rücksicht auf letzteren Faktor schon aus dem Grunde nicht geben, weil die Formen des Alkoholismus nicht getrennt aufgeführt werden.[2]) Betrachtet man die einzelnen Faktoren,

[1]) l. c. pag. 18.

[2]) Die Psychosen sind eingeteilt in: angeborene, acute, chronische, epileptische und paralytische.

deren Vorhandensein in der Aszendenz in der Vererbung so verhängnisvoll wirken, so findet man, dass der Alkoholismus sowohl in den durch ihn erzeugten Krankheitsformen als auch durch die Zahl der hierdurch Belasteten die erste Stelle einnimmt. Wesentlich geringer ist das Kontingent, das die durch Geisteskrankheiten Belasteten stellen; es folgen der Zahl nach die, durch Nervenkrankheiten, durch Selbstmord, Verbrechen und Charakteranomalien in der Aszendenz, Prädisponirten. Bei dem folgenden kurzen statistischen Überblick soll nur die direkte Vererbung in betracht gezogen werden. —

Während über die klinische Wichtigkeit des Alkohols in der Vererbung keine Meinungsverschiedenheit herrscht, haben vorzüglich französische Forscher[1]) einen auch in der Statistik hervortretenden Unterschied zwischen den eigentlichen Gewohnheitstrinkern, die sich nach den Worten Trélat's „betrinken, wenn sie Gelegenheit dazu haben und den Dipsomanen, die sich jedesmal betrinken, wenn ihr Anfall sie heimsucht," zu machen versucht. Letztere sind Säufer infolge von Zwangsvorstellung, sind also bereits belastete Alkoholisten und für ihre Nachkommen ungleich gefährlicher. Lafitte[2]) fand, dass derartige Kranke den pathologischen Trieb vererben und will diese Form des hereditären Alkoholismus als die gewöhnliche ansehen. Unsere Statistiken sprechen fast ausnahmslos dagegen, ja man könnte aufgrund derselben die Behauptung aufstellen, dass der Alkoholismus sich nie als Neigung zur Trunksucht fortpflanzt. Die folgende Übersicht mag dies rechtfertigen.

---

[1]) Magnan Psych. Vorlesungen. Deutsch v. Moebius 1892.

[2]) Bullet. méd. 1891. 24. Mai.

Autor resp. Anstalt	Vom Vater		Von der Mutter her belastet	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Preuss. Stat. 1. Jan.				
1877	497	363	270	348
1878	525	382	291	337
1879	572	424	326	361
München 86—91	154	104	85	69
Neustadt 6 J.	142		96	
Zürich 5 J.	97	102	65	86
Marsberg Marienthal Lengerich 1885—87	40	30	49	44
Grafenberg 76—85	267	265	166	144
Schwetz[1]) 2 J.	22	16	17	21
Königsfelden 5 J.	37	44	30	47
Marsberger Statistik[2]) Tigges 1867.	187	104	186	164

Es muss hier vorab bemerkt werden, dass nur eine beschränkte Anzahl von Berichten zu unseren Zwecken brauchbar erschien, da nur wenige alle inbetracht kommenden Fragen beantworteten, z. T. auch in jedem Jahre in verschiedener Weise aufgestellt wurden. Die folgende Tabelle soll eine Übersicht geben, wie sich die einzelnen Faktoren zahlenmässig verteilen.

---

[1]) Zahlen gelten nur für Rubriken Geisteskrankheiten, Trunksucht und Anomal. des Charakters.

[2]) pag. 189.

	Geisteskrankheit				Nervenkrankheit				Trunksucht				Selbstmord				Charakteranomal.				Verbrechen			
	Vaters.		Mutters.		Vaters.		Mutters.		Vaters.		Mutters.		Vaters.		Mutters.		Vaters.		Mutters.		Vaters.		Mutters.	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M	Fr	M	Fr.
Preuss. Statistik																								
77	192	137	180	266	44	33	56	53	198	146	6	5	15	10	2	2	42	35	19	21	6	2	7	1
78	187	142	189	241	47	38	71	64	234	150	8	7	18	13	3	4	32	35	14	20	7	4	6	1
79	202	157	213	259	60	49	71	59	232	160	8	9	30	14	1	7	39	42	26	26	9	2	7	1
München. Statist.	33	36	65	30	25	24	29	24	70	23	4	4	3	2	1	1	23	19	6	10	—	—	—	—
Neust. Statistik	45		58		21		27		53		6		10		1		12		4		1		1	
Zürich. Statistik	27	37	32	33	12	7	16	13	40	35	6	6	3	2	—	—	16	14	12	15	1	—	—	—
Marsb. Statistik	13	20	38	29	8	4	7	11	11	5	—	1	2	—	—	—	6	1	4	3	—	—	—	—
Grafenberg. Stat.	77	95	96	107	17	19	27	42	126	112	7	8	5	8	2	—	40	31	33	37	2	—	1	—
Schwetz. Statistik	7	1	8	13	vacat		vacat		13	11	4	5	vacat		vacat		4	2	3	3	vacat		vacat	
Königsf. Statistik	81	69	96	115	31	37	23	26	13	13	3	2	—		—		—		—		—		—	
Marsberg. Statist. Tigges	78	44	92	84	48	45	49	47	23	13	3	1	—		—		—		—		—		—	

Aus dieser Zusammenstellung erkennt man sofort, dass bei den grösseren Statistiken die durch Trunksucht Belasteten alle anderen übertreffen. Dies gilt aber nur für die neueren Statistiken, die von Jung sowohl als die von Tigges geben auffallend kleine Zahlen, was entweder eine Zunahme des Alkoholismus in neuerer Zeit vorauszusetzen scheint, oder aber, wie viel wahrscheinlicher ist, auf grössere Genauigkeit und bessere Kenntnis der Alkoholwirkung schliessen lässt. Allgemein und ausnahmslos geht aber die grössere Zahl von hereditären Erkrankungen vom Vater aus und bevorzugt in einem nicht konstanten Verhältnis den Sohn, während in den wenigen Fällen von Trunksucht der Mutter Söhne und Töchter ziemlich gleich beteiligt erscheinen, mit geringem Überwiegen der letzteren. Man kann demnach für den Alkoholismus nicht die gekreuzte Vererbung in Anspruch nehmen; wie weit sie im übrigen berechtigt ist, werden wir später sehen. In seinen hereditären Formen aber zeigt der Alkoholismus eine grosse Mannigfaltigkeit mit Bevorzugung der schwereren z. T. unheilbaren Krankheiten. Diesem Umstande entspricht es vielleicht, dass der chronische Alkoholismus ebenfalls in den verschiedensten Bildern auftritt.

Es scheint nun sehr wahrscheinlich, dass den Formen, die der Vater darbietet, entsprechend schwere oder leichte beim Sohne folgen. Der Potator, dessen Erkrankung sich in epileptischen Krämpfen äussert, würde eine gleiche Affektion auf seine Nachkommen vererben. Thatsächlich scheint vieles für diese Annahme zu sprechen, einmal die mehrfach[1]) nachgewiesene Thatsache, dass meist die gleiche

[1]) Jung, später Sioli conf. Archiv f. Psych. Über direkte Vererbung pag. 111 u. ff.

Auch Esquirol hatte bereits diese Beobachtung gemacht (pag. 39): „Oft nimmt die erbliche Geisteskrankeit bei Vätern und Kindern denselben Charakter an.“

Krankheit bei der Nachkommenschaft auftritt, wie bei der Aszendenz; zweitens Ergebnisse der Statistik, die kaum anders zu verwerten sind. Man betrachte die Rubrik: Trunksucht des Vaters aus der Preussischen Statistik:

	Es waren erkrankt an	Männer resp. Söhne			Frauen resp. Töchter		
1877	Melancholie	14	15	17	19	19	20
1878	Manie	14	14	19	19	15	19
1879	Secundäre Seelenstörung	85	91	95	49	45	43
	Paralyt. Seelenstörung	12	13	3	3	5	6
	Seelenstörung mit Epilepsie	19	23	29	14	16	21
	Idiotie	28	45	41	22	24	23
	Imbecillität	21	28	24	20	26	25
	Delirium potator	5	5	4	—	—	—

Alle klinischen Formen finden sich mit mehr oder weniger grossen Ziffern vertreten, so dass man nicht mehr von Zufälligkeiten reden kann, und am geringsten findet sich, ganz unseren Anschauungen entsprechend, Paralyse und Delirium vertreten. Bei beiden spielt die Heredität keine Rolle.

Im Gegensatz zu dem beim Alkoholismus beobachteten ausserordentlichen Überwiegen des väterlichen Einflusses auf die Söhne ergiebt sich bei der Vererbung der eigentlichen Psychosen eine erhöhte Einwirkung des mütterlichen auf die Töchter. Arndt[1]) hat auf diese Beanlagung des weiblichen Geschlechts besonders hingewiesen: „Da nur die psychopathische oder neuropathische Diathese überhaupt ganz besonderes Eigentum des weiblichen Geschlechtes ist, es also auch viel mehr neuropathische oder psychopathische Mütter als Väter giebt, so erhellt auch hieraus, warum vorzugsweise die fragliche Diathese von der Mutter auf die Söhne vererbt wird u. s. w.“ Allerdings ist die Übereinstimmung, wie man aus der vorstehen-

[1]) Lehrbuch pag. 294.

den Tabelle ersieht, nicht so allgemein, wie beim Alkoholismus, so dass noch namhafte Forscher[1]) den Standpunkt der gekreuzten Vererbung[2]) aufrecht erhalten wollen. Die Zahlen selbst sind allgemein viel niedriger als die beim Alkoholismus, doch ist hier die Bedeutung der indirekten Vererbung ungleich grösser, als bei den vorher besprochenen.

Eine wesentlich geringere Bedeutung haben die Nervenkrankheiten der Aszendenz für die Beurteilung der Heredität. Morel hat den Zusammenhang zwischen Nerven und Geisteskrankheiten sehr scharf betont, und zweifelsohne ist derselbe in vielen Fällen nicht abzustreiten; aber für eine ganze Reihe von Krankheiten hat die Heredität ihre Bedeutung stark eingebüsst, deren Zusammenhang mit Infektionskrankheiten man nachweisen konnte oder die als Spätformen der Syphilis erkannt wurden. Erb[3]) hat den Uebertreibungen und veralteten Anschauungen ein Ende bereitet: „Auch scheint es mir etwas übertrieben, überall da von einer neuropathischen Belastung zu sprechen, wo irgend einmal in der entfernten Familie diese oder jene Nervenkrankheit vorgekommen ist.“ Andrerseits kann es keinem Zweifel unterliegen, dass gewisse Krankheiten den Übergang zwischen Nerven- und Gehirnleiden bilden, man denke an die sog. hereditäre Neurasthenie (Arndt[4]) oder die hereditäre Chorea, deren Charakteristika Jolly[5]) zusammenfasst: „Ausbruch der Krankheit bei verschiedenen Individuen mehrerer auf einander folgender Generationen, überwiegend häufig im mittleren Lebensalter, gelegentlich

---

[1]) Schüle, l. c.

[2]) Statistisch vorzüglich von Baillarger nachgewiesen: Recherches sur l'anatomie u. s. w. du système nerveux.

[3]) Erb, Ätiologie der Tabes, pag. 523.

[4]) Arndt, Neurasthenie, 1885.

[5]) Jolly, Neurolog. Centralbl. 1891 pug. 323.

aber auch schon in der Jugend, selbst in der Kindheit zuweilen, chronischer Verlauf bis zum Tode. In der Mehrzahl der Fälle fortschreitende Abnahme der Geisteskräfte bei einzelnen bis zu paralytischem Blödsinn führend."

Die Chorea ist ein nicht zu erschütterndes Beispiel für diesen Zusammenhang von Nerven- und Geisteskrankheiten, ersterer Begriff aber zu unbestimmt, um eine sichere Grundlage für eine Statistik abgeben zu können. Daher denn auch wenig zuverlässige Ergebnisse. Im Ganzen werden durch Nervenkrankheit der Mutter mehr Kinder belastet als durch die des Vaters, ob aber Söhne oder Töchter stärker gefährdet sind, lässt sich statistisch infolge der widersprechenden Ergebnisse nicht bestimmen.

Neben den bisher betrachteten Faktoren kommen die noch zu besprechenden statistisch wesentlich weniger in betracht. Man hat allerdings viel Wert gelegt auf den Zusammenhang zwischen Selbstmord der Aszendenz und Geistesstörung in der Descendenz. Es lässt sich aber aus der Statistik kein rechter Schluss ziehen, zumal es sich um kleine Zahlen handelt. Vorzüglich scheinen, — darin stimmen auch die Angaben der Autoren überein — die Söhne belastet zu werden. Auf Pelmanns[1]) ca. 3000 Kranke kommen nur 15 durch Selbstmord Belastete, während bei Krömer auf rund 830 11 zu rechnen sind. Von jenen 15 sind zufällig 8 weibliche Patienten. Man darf bei Beurteilung dieser Frage nie vergessen, dass der Nachweis eines Selbstmordes erst dann Bedeutung erhält, wenn sich in einer Familie noch anderweitige Symptome von psychopathischer Diathese finden. In einer Zusammenstellung von 127 Selbstmorden konnte Thomsen[2]) für den weitaus grössten Teil Belastung oder Alkoholismus nachweisen und

[1]) Conf. dessen Bemerkung über den Zusammenhang von Psychose u. S. in genannter Stat. pag. 35.

[2]) Thomsen: Arch. für Psychiatrie. Bd. 22 pag. 121.

auf diesem Zusammenhang beruht die Bedeutung für die Hereditätsfrage.

Was die „auffallenden Charaktere und Talente“ betrifft, so zeigt ein Blick auf die Statistik, dass der grösste Teil der Belasteten Söhne sind, und dass die Disposition meist vom Vater ausgeht. Die Zahlen sind im Ganzen klein und die Differenzen unbedeutend. Das Ergebnis ist, nach dem was wir über die psychopathische Diathese oben sagten, sehr auffällig, man würde unbedingt ein bedeutendes Überwiegen des weiblichen Geschlechtes erwarten.

Ebenso auffällig erscheint die kleine Zahl von durch Verbrechen in der Aszendenz belasteten Individuen. Unter 1389 Belasteten bei Pelmann sind es 3 = 0,2%. Unter unseren 348 Hereditären im ganzen 4. Trotz der anerkannten Bedeutung, und Wechselbeziehung, die man für Irrsinn und Verbrechen aufgestellt hat, ist das statistische Ergebnis sehr gering. Und grade in diesem Punkte werden die offiziellen Mitteilungen durchweg genau sein. Übrigens konnte Möli[1]) unter 74 Gewohnheitsverbrechern nur 38% finden, bei denen, wie er sich vorsichtig ausdrückt, „eine abweichende geistige Beschaffenheit“ nachweisbar war, doch ist kein Grund näher auf die umgekehrte Frage einzugehen[2]) jedenfalls hat das Verbrechen des Vaters als solches in der Heredität nur eine geringe Bedeutung.[3])

Resumieren wir kurz das Ergebnis unserer statistischen Betrachtung, so finden wir in erster Linie, dass die Zahl der belasteten Geisteskranken eine konstante ist, die mehr oder weniger spezielle Unterschiede rein örtlicher Natur ungeachtet, durchweg auf 40% normiert werden kann; es

---

[1]) Über irre Verbrecher von Möli 1888 pag. 115, conf. auch Magnan.

[2]) conf. ein Referat von Näcke über den internationalen Kongress für kriminelle Anthrop. in Brüssel. Mendel's Centralbl. 17, 1892.

[3]) Am entschiedensten ist dieser Zusammenhang von Morel und seinen Anhängern, in Deutschland vorzüglich von Schüle, vertreten worden.

ergab sich ferner, dass das weibliche Geschlecht ein grösseres Kontingent Belasteter liefert, wenn die durch Alkoholismus der Aszendenz Belasteten ausser Ansatz bleiben. Auch die Einwirkung der einzelnen für die Deszendenz verhängnisvollen Momente zeigt statistisch eine gewisse Gesetzmässigkeit: so sehen wir den Alkoholismus des Vaters vorzüglich die Söhne belasten, während die Psychosen vorzüglich die Töchter prädisponieren. Die Frage, die sich zunächst aufdrängt, ob die hereditären Geisteskrankheiten sich von den erworbenen symptomatisch und klinisch scheiden lassen, ist längst beantwortet. Morel[1]) hat zuerst diese Scheidung versucht und eine Einteilung der Psychosen darauf basiert. Legrand du Saulle,[2]) der im ganzen auf dem Morel'schen Standpunkt steht, hat die erblichen Geistesstörungen charakterisiert: „als eine Reihe von psychischen Störungen, welche ausschliesslich den erblich belasteten Irren zukommen." Nach ihm sind die erblichen Geistesstörungen eine nosologisch ebenso gut charakterisierte Gruppe wie etwa die epileptischen. Magnan[3]) hat neuerdings den Begriff etwas weiter gefasst, indem er statt von hereditärem von Entartungsirresein spricht und unter diesen Begriff noch die Formen subsumiert, die alle jene unten noch näher zu besprechenden Symptome darbieten, aber infolge von schweren Infektionskrankheiten oder Kopftrauma entstanden sind: „Die weitaus wichtigste Ursache ist die Vererbung. Man muss aber nicht nur von Heredität, sondern im allgemeinen von Entartung sprechen."

Das Irresein der Entarteten bietet für die Diagnose thatsächlich eine ganze Reihe besonderer Charakteristiken sowohl in der allgemeinen Symptomatologie als auch in

[1]) Morel De hérédité morbide progressive.

[2]) Die erbliche Geistesstörung pag. 26.

[3]) Magnan, Psychiatr. Vorlesungen: Über die Geistesstörungen der Entarteten. Deutsch von Moebius 1892.

Verlauf und Entstehung. Für erstere sind nach Legrand[1]) 3 Kategorien von Merkmalen zu beachten:

1. diejenigen auf physischem Gebiete: die stigmata hereditatis;
2. diejenigen auf intellektuellem Gebiet im engeren Sinne;
3. diejenigen auf moralischem und affektivem Gebiet.

Den ersten Punkt wollen wir hier nicht näher berühren, da uns eine eingehende Erörterung zu weit führen würde. Zum zweiten sind verschiedene Thatsachen anzuführen. Vielfach ist die Intelligenz erhalten, sie wird aber durch die geringfügigsten Umstände ins Wanken gebracht. In ihren Anschauungen und Ideen zeigen die Herediterier Neigung zu Übertreibungen ins Unsinnige (Legrand), bis „die Stabilität ihrer falschen Anschauungen sie zu einer Systematisierung führt". Krafft-Ebing[2]) ist entsprechend dieser Erfahrung geneigt, alle Formen von systematisiertem Wahn als Entartungsirresein zu betrachten. Am charakteristischsten sind die Erscheinungen auf affektivem und moralischem Gebiet. Die Neigung zu schamlosen Akten ist, wie neuerdings von Cousat[3]) bei den Hysterischen z. Bsp. nachgewiesen wurde, nicht der Hysterie eigentümlich, sondern ein stigma hereditatis. Hierher sind ferner die Zwangshandlungen und perversen Akte zu rechnen, wie denn überhaupt für die Entarteten die Vielgestaltigkeit — der Polymorphismus der Symptome — auf affektivem und moralischem Gebiet als besonders charakteristisch gelten muss.

Im Verlauf des Entartungsirreseins finden wir wieder-

---

[1]) Legrand, op. cit. pag. 32.

[2]) Lehrbuch pag. 430. Danach Paranoia = primäre Verrücktheit, Griesinger = folie systematisée, Morel = paranoia universalis Arndt = chronischer Wahnsinn. Schüle.

[3]) Bulletin de la soc. d. M. m. de Belgique 1891. De la nature de la hysterie par Consat.

um eine ganze Reihe bestimmter, allgemein anerkannter Thatsachen.

Viele Kranke sind von Jugend auf in ihrem ganzen Wesen auffällig; in einem grossen Teil unserer später mitzuteilenden Krankheitsgeschichten werden wir dieses wichtige Symptom nachweisen können. Bei anderen beginnt die Krankheit kurz vor oder nach der Pubertät, also in jugendlichem Alter. Der Beginn der Erkrankung wird durch schwere Zwangshandlungen oder brutale Akte gekennzeichnet. Zeigt die Krankheit periodische Form, so dauern die Perioden meist sehr lange, häufig über 1 Jahr. Dasselbe gilt für cirkuläre Formen, deren einzelne Phasen sich ausserordentlich lang hinziehen können. Neben den schweren und ausgeprägten Formen des Entartungsirrseins finden sich Übergangsformen. Hierher gehören die von Magnan als Instable oder Désequilebré bezeichneten, sie entsprechen wohl am ehesten den „Organischbelasteten" Griesingers.[1]) Legrand du Saulle hat diese so wichtige Gruppe von Belasteten „als auf der Grenze zwischen physiologischem und pathologischem Zustand stehend" bezeichnet. Er nennt sie „Halbnarren". Sie zeigen Defekte auf intellektuellem oder moralischem Gebiet und sind bei der geringfügigsten Ursache schwereren psychischen Erkrankungen ausgesetzt.

Die Prognose des hereditären Irreseins ist — darin stimmen die älteren und neueren Autoren überein — immer schlecht. Bei den schwersten Formen beträgt die Zahl der Heilungen nach einer Statistik Krafft-Ebings kaum 5 %, und man ist geneigt, auch diese Zahl noch für zu hoch zu halten. Die Prognose wird besonders getrübt durch den Umstand, dass jeder Herediterier für seine Nachkommenschaft eine ausserordentliche Gefahr bietet, wenn auch die Anschauung Morel's von der folie héréditaire, trotz der

[1]) Conf. Arch. f. Psych. Bd. I pag. 636.

Unterstützung, die ihr Legrand zuteil werden lässt, heute nur noch wenig Anhänger hat. Nach Morel's Lehre besteht eine gewisse Progression der Entartung, die 4 Stufen erkennen lässt. Die erste Generation zeigt reizbares Temperament und auffällige Charaktere, bei der zweiten findet sich Neigung zu Apoplexien[1]), bei der dritten ausgesprochene Entartungspsychose mit den entsprechenden Symptomen, bei der vierten angeborene Geistesschwäche, Idiotie und Aussterben der entarteten Familie. Thatsächlich finden sich Fälle, — wir werden einen derartigen mitteilen — die in auffallendster Weise die Morel'schen Anschauungen rechtfertigen.

Sioli[2]) ist neuerdings in einer allerdings einem anderen Zweck gewidmeten Arbeit zu einem jenen Sätzen entgegenstehenden Schluss gelangt, aufgrund einer zwar kleinen, aber höchst sorgfältigen Statistik. Er fand, „dass die zum Teil recht ansehnliche Kinderzahl auch in den seit Generationen belasteten Familie den Beweis liefert, dass das Sterilwerden und Aussterben der erblich belasteten Generation keineswegs die Regel, nicht einmal das häufigere Vorkommnis sei."

Im Folgenden teile ich eine Reihe Krankengeschichten mit, deren Veröffentlichung mir Herr Direktor Dr. Krömer in liebenswürdigster Weise gestattet hat. Sie enthalten grössenteils soviele für das Entartungsirresein charakteristische Symptome, dass sie aufgrund der oben erwähnten Merkmale ohne weiteres von den erworbenen Formen getrennt werden können.

In den 10 ersten hier zu besprechenden Fälle handelt es sich um Erkrankung von Geschwisterpaaren, deren

---

1) Diese Anschauung wird von Legrand nicht geteilt. conf. Krankengeschichte 5 und 6.

2) Arch. f. Psych. Band XVI.

Symptomkomplex z. T. eine auffallende und interessante Übereinstimmung zeigt. Wir führen aus den Krankengeschichten nur die wichtigsten Punkte an; am Schlusse jedes Falles soll das für unsere Betrachtung inbetracht Kommende kurz resumirt werden.

I.

Franziska St., 21 Jahre alt, kathol. Dienstmädchen. Aufgen. August 1891. Mutter und Schwester geisteskrank. Hochgradige Anästhesie sonst keine Stigmata, gut entwickelt. Mit 17 Jahren bereits vorübergehend geisteskrank, verliess vor 2 Jahren plötzlich ihren Dienst, wurde verwirrt und arbeitsscheu. Sie trieb sich tagelang in der Umgegend ihres Heimatsortes unstet umher, ohne Nahrung zu sich zu nehmen. Bei ihrer Aufnahme befand sie sich in hochgradig vernachlässigtem Zustand. Stimmung sehr deprimirt. Intelligenz gering. Fortwährend Halluzinationen religiöser und sexueller Natur. Zeitweise ziemlich erregt, zeitweise ganz von religiösen Ideen beherrscht, so dass sie stundenlang auf dem Boden kniet und betet. Zu irgend einer Beschäftigung ist Patientin nicht mehr fähig.

II.

Katharina St., 27 Jahre alt, aufgen. August 1891. Schwester der vorigen, mit 16 Jahren bereits arbeitsscheu, voller Grössenideen, trieb sich viel umher; wird in sehr vernachlässigtem Zustande der Anstalt zugeführt. Schädel nach rechts skoliotisch, sonst keine Stigmata. Über ihre Verhältnisse sehr wenig orientiert. Zeigt auch in der Anstalt keine Neigung zu arbeiten. Halluzinationen nicht nachweisbar, hochgradige Gedächtnisschwäche, fortschreitende Verblödung mit häufigen Erregungszuständen.

Beide Schwestern erkranken an der Grenze der Pubertät, werden arbeitsscheu, liederlich mit schnell fortschreitender Verblödung. Bei der letzteren ist noch auf die Grössen-

ideen hinzuweisen, die bei Paranoischen als Zeichen schwerer Belastung zu gelten haben.

III.

Ottilie Kr., 38 Jahre alt, ledig, aufgen. Oktober 1883. Über die Familienverhältnisse nichts bekannt. Schwester ebenfalls geisteskrank. Wurde angeblich durch den Genuss „vergifteter" Suppen krank; es trat Arbeitsscheu, Unruhe und hochgradige sexuelle Erregung ein. Sie suchte durch auffallende Kleider auf öffentlichen Plätzen Aufsehen zu erregen. Bei der Aufnahme sehr redeselig, massenhafte erotische und Verfolgungsideen; klagt über alles mögliche, was sie von der Regierung und dem Kaiser erdulden musste. Häufig sehr erregt und gegen die Umgebung aggressiv. Sinnestäuschungen nicht nachweisbar, aber lebhafte Verfolgungsideen. Arbeitet fleissig, ist aber stets abweisend und unzugängig.

IV.

Emma Kr., 36 Jahre alt, aufgen. Oktober 1883. Schwester der vorigen, mit der sie zusammenlebte, bis beide in die Anstalt eintraten. Erkrankte unter den gleichen Erscheinungen wie jene. Ebenfalls zahlreiche erotische und Verfolgungsideen. Doch stellt sie letztere ebenso wie die Beteiligung an den Liebesabenteuern der Schwester in Abrede. Zeitweise erregt, meist schlecht orientiert. Bereits nach ca. 1jährigem Aufenthalt hochgradiger geistiger Verfall, arbeitet mitunter fleissig, periodenweise aufgeregt und unthätig.

Die fast gleichaltrigen Patientinnen erkranken ohne eigentliche äussere Ursache unter dem gleichen Symptomenkomplex, in dem Erscheinungen der Paranoia mit solchen der Manie kombiniert erscheinen. Beide zeigen Neigung zu brutalen Akten, sind cynisch und in sehr kurzer Zeit mehr oder weniger vollständig verblödet. Klinisch ist

dieser Fall wohl als folie à deux aufzufassen, die nur bei Degenerirten beobachtet wird.[1])

V.

Otto W., aufgenommen im April 1885, Landwirt, stammt aus einer Familie, in der keine Geisteskrankheiten vorgekommen sein sollen, bis auf die zu erwähnende Krankheit seines Bruders. Dagegen steht fest, dass die Eltern an Apoplexie gestorben sind. — Patient ist ca. 40 Jahre alt, war in seiner Jugend stets sonderbar; nach Beendigung seiner Militärpflicht wurde er mehr und mehr verschlossen und unzugängig. Plötzlich stellte sich ein Erregungszustand ein, der zu lebensgefährlichen Angriffen auf die Umgebung und zu versuchter Brandstiftung führte.

Nach kurzem Aufenthalt in der Anstalt wird er apathisch und sehr bald, nachdem vereinzelte Krampfanfälle sich eingestellt hatten, blödsinnig.

VI.

Reinhold W., Bruder des vorigen, 33 Jahre alt, Landwirt, machte in seinem 20. Lebensjahr einen Typhus durch. Intelligenz bis zu dieser Zeit normal, aber ebenfalls von scheuem, zurückhaltendem Wesen. Im Anschluss an Vermögensverluste Stimmungswechsel. Patient wurde verschlossen, unruhig und schliesslich brutal gegen seine Umgebung.

In der Anstalt bot er das Bild einer halluzinatorischen Verrücktheit, wurde bei ganz unbedeutendem Anlass furchtbar und in gefährlicher Weise erregt. Nach kurzem Aufenthalt zunehmende Demenz.

Wir haben aus diesen beiden Krankengeschichten in Kürze das mitgeteilt, was der besonderen Erwähnung wert scheint. Der Fall könnt als klassisches Beispiel im Sinne der Morel'schen Progression gelten. Beide Eltern sind

[1]) conf. Kraepelin Lehrbuch. pag. 40.

an Apoplexie[1]) gestorben, die Söhne von Jugend auf von sonderbarem Charakter, mit Neigung zu brutalen Akten. Bei fast gleichem Verlauf der Krankheit verblöden beide schnell und mit ihnen stirbt die Familie aus.

VII.

Im folgenden Falle handelt es sich um Bruder und Schwester aus hochgradig degenerirter Familie.

Christel L., 21 Jahre alt, aufgenommen November 1891, nachdem sie mehrere erfolglose Selbstmordversuche gemacht hatte, unter den Erscheinungen einer hochgradigen melancholischen Verstimmung, mit stetigen Selbstanklagen und religiösen Wahnideen. Schlecht entwickelte kleine Person, mit lebhaftem Gesichtsausdruck, unter mittlerer Grösse, von ausgeprägtem Zwergwuchs. Der Zustand hielt 5 Monate an. Halluzinationen wurden nicht beobachtet. Dann trat ein mehr und mehr zunehmendes Stadium maniacale ein und hat hisher mit wechselnder Intensität gedauert, grosse Schwatzhaftigkeit, motorische Unruhe, wechselnde Stimmung mit Tendenz zu Zornausbrüchen sind ihm eigentümlich.

VIII.

Otto L., Bruder der vorigen, 30 Jahre alt, Schullehrer, wurde im Sept. 1892 der hiesigen Anstalt von Dalldorf aus überwiesen unter dem ausgeprägten Bilde einer Manie. Er ist in gehobener Stimmung, singt und schwatzt. Dieser Zustand hat sich mit geringer Abschwächung bisher gehalten. Keine körperlichen Stigmata, kräftiger grosser Mann mit lebhaftem Gesichtsausdruck. Über sein Vorleben

[1]) Legrand du Saulle (op. cit. pag. 18) will diesen Zusammenhang von Gehirnapoplexie und Geisteskrankheit der Descendenz nicht gelten lassen, auf Grund unserer pathologischen Kenntnisse über die Entstehung der Gehirnblutungen. Dass aber Fälle vorkommen, in denen dieser von Morel so scharf betonte Zusammenhang die einzige Erklärung bietet, geht aus Obigem hervor.

ist nur zu bemerken, dass L. bereits 3 Mal in Irrenanstalten behandelt wurde, und, wie aus der Kahlbaum'schen Klinik uns berichtet wurde, vorher an einer langdauernden intensiven Melancholie mit Selbstmordversuchen und Versündigungsideen gelitten hat.

Im vorliegenden Falle leidet also ein Geschwisterpaar an periodischem Irrsinn, das durch die auffallend lange Dauer der einzelnen Perioden besonders gekennzeichnet wird. Sehr wertvoll sind die Angaben über die Familienverhältnisse, die die hohe Bedeutung der Degeneration vorzüglich veranschaulichen. Ein Onkel mütterlicherseits ist geisteskrank, eine andere Verwandte Idiotin, ein Bruder hat sich erschossen, wie man als wahrscheinlich annehmen kann, in einem Anfall von Melancholie, so dass wir also eine degenerirte Familie haben, in denen 3 Sprösslinge Selbstmordversuche gemacht haben.

IX.

Ein 9ter Fall von degenerativem Irresein bei Geschwistern hat um so mehr Interesse, als der Krankheitsverlauf ohne weiteres die hereditäre Form erkennen liess.

Natalie St., mosaisch,[1]) aufgenommen Sept. 1889, 25 J. alt, litt schon vor ihrer Aufnahme als 10jähriges Kind an Gehörstäuschungen mit melancholischen Ideen und wurde einige Jahre später dreiviertel Jahr in hiesiger Ansalt behandelt. Bei der Aufnahme ist sie sehr verwirrt, unruhig und ängstlich. Nach kurz dauerndem Aufenthalt treten ihre Hallucinationen und Wahnideen stärker hervor. Sie sei sonderbar angesehen worden, habe besonders schlechtes, wahrscheinlich vergiftetes Essen bekommen. Nach 3 Monaten lässt die Unruhe nach, die Patientin wird unsauber, ihre Hallucinationen bewegen sich in Verfolgungsideen,

[1]) Das Überwiegen der israelitischen Bevölkerung in der Hereditätsstatistik hat speziell Jung nachzuweisen versucht. Doch sind derartige zahlenmässige Nachweise unvollständig und daher wenig beweisend.

man nennt sie Hure, wirft ihr vor, sie habe falsche Zähne und sei verdreht; zeitweise ist sie hochgradig apathisch. Seit einigen Monaten hat sie die excessivsten Grössenideen produziert. Sie hat Millionen-Millionen Geld und Blumen, ist vor allen die erste Kaiserin. Dementsprechend geht sie in stolzer Haltung im Zimmer hin und her, ist aber allen Fragen gegenüber völlig abweisend und unzugänglich. Die Wahnideen, die sie zur Zeit vorbringt, bewegen sich immer noch auf diesem Gebiete, werden aber immer dürftiger, so dass die Patientin stundenlang ein und dasselbe Wort wiederholt und den Eindruck eines geistigen Schwächezustandes bietet.

Überblickt man diese kurzen Notizen und berücksichtigt man, dass die Patientin von Jugend auf — bereits in ihrer Kindheit — geistig erkrankt war, dass sie vereinzelte Krampf- und Ohnmachtsanfälle und mit 10 Jahren bereits Hallucinationen dargeboten hat, so kann man die Diagnose, ohne Widerspruch, auf originäre Verücktheit im Sinne Sanders[1]) stellen, eine Form, deren degenerativer Charakter zweifellos feststeht.

X.

Es ist nun sehr interessant, dass die Schwester der vorigen an einer periodischen Manie leidet, und ausserdem eine Reihe unbedingt hysterischer Symptome darbietet, von denen ich nur das von der Patientin selbst so benannte „Magenschreien" erwähne; danach zwängen sie Sensationen im Magen laut aufzuschreien; dieselben waren jedoch durch bestimmte Leckereien leicht zu beseitigen.

Im folgenden soll eine Reihe Krankengeschichten von Degenerierten mitgeteilt werden, die mehr oder weniger

---

[1]) conf. Verhdl. der schles. Gesellsch. d. Irrenärzte. Zeitsch. f. Psych. 49 Bd. VI. Heft. pag. 493.

eine ganze Summe von Symptomen gemeinsam haben. Bei fast allen zeigen sich die ersten Spuren krankhafter Beanlagung in der Jugend, sie sind stets auffällig und sonderbar. Die Pubertät wird ihnen verhängnisvoll, die Krankheit bricht unter den schwersten Erscheinungen: Selbstmordversuche, schwere Verbrechen oder brutale Handlungen gegen die Umgebung aus, geht vielfach überaus schnell in Verblödung über.

XI.

Clara W., 26 Jahre alt, Aufwärterin, aufgenommen im Mai 1892. Vater jähzornig, Mutter litt an Wein- und Lachkrämpfen, eine Schwester soll nach Angabe der Patientin zeitweise puella publica[1]) gewesen sein. Sie selbst von kleiner, verkümmerter Figur, schlechtem Ernährungszustand. Verkrümmung der Rückenwirbelsäule.

Patientin war von Jugend auf sonderbar, war menschenscheu, blieb gern für sich. Vom 17. Jahre an regelmässig menstruiert. 4 Monate nach Geburt und Tod eines unehelichen Kindes wegen mehrfacher Selbstmordversuche in die Irrenstation des Danziger Krankenhauses aufgenommen, bietet sie vorzüglich melancholische Wahnideen und Hallucinationen dar. Dieser Zustand dauerte von Oktober 1891 bis Mai 92 und führte schliesslich zu ausgeprägtem Stupor. Ihm schloss sich ein bis September dauerndes Erregungsstadium an, in welchem sie der hiesigen Anstalt überwiesen wurde. Sie war aufgeregt, unruhig und unrein. Dann folgte von September bis November wieder ein Depressionszustand mit stuporösem Verhalten, der nunmehr wieder von einem maniakalischen abgelöst wurde, in dem sie sich zur Zeit noch befindet.

---

[1]) Dieser Umstand muss ebenfalls bei Beurteilung der Belastung in Betracht gezogen werden. conf. Tarnowsky: Briefe über Prostitution und Abolitionismus.

Der Fall ist ein exquisites Beispiel von zirkulärem Irresein der Entarteten, für welches, wie oben erwähnt, die langen Einzelperioden besonders bezeichnend sind.

XII.

Fanny W., mosaisch, 16 Jahre alt, aufgenommen Oktober 1888. Eine Tante mütterlicherseits hysterisch, Vater und Mutter sind entfernt mit einander verwandt. Vor Eintritt der Menstruation im 16. Lebensjahre trat bereits eine maniakalische Erregung mit Sinnestäuschungen und Wahnideen auf. Sie wurde gewaltthätig gegen ihre Umgebung. Es schloss sich im Oktober 1888 ein stadium stuporosum an, das ein Jahr anhielt, diesem folgte ein noch andauerndes maniakalisches. — Das anfangs geistig gut entwickelte Mädchen zeigt z. Z. einen hochgradigen Defekt der psychischen Funktionen, der bereits 1 Jahr nach Aufnahme in die Anstalt in die Erscheinung trat.

Im übrigen bietet der Verlauf dasselbe dar, was wir im vorigen hervorhoben, nur sind hier die einzelnen Perioden wesentlich länger.

XIII.

Martha v. F., 28 Jahre alt, aufgenommen Februar 1887, Schwester epileptisch, Tante mütterlicherseits geisteskrank. Patientin fiel bereits in ihrer Jugend durch ihr stilles Wesen und ihre religiöse Schwärmerei auf. Zu erwähnen ist, dass sie seit Beginn ihrer Erkrankung an eitrigem Mittelohrkatarrh mit Trommelfellperforation leidet. Mit 18 Jahren plötzlicher Wutausbruch mit lebensgefährlicher Bedrohung ihrer Umgebung. In der Anstalt halluciniert sie fast ununterbrochen mit vorwiegend religiösem und sexuellem Inhalt. Intelligenz sehr geschwächt. Zeitweise Erregungszustände, in denen sie in schamloser Weise den Geschlechtsverkehr fordert.

XIV.

Ernst H., Gerichtsreferendar, 23 Jahre alt, aufgenommen im Dezember 1890. Vater von sonderbarem und eigentümlichem Charakter, Onkel und Tante mütterlicherseits epileptisch, eine Schwester schwachsinnig. Patient ist körperlich gut entwickelt. Von Jugend auf erschien er als Sonderling, lernte sehr gut. Mit 17 Jahren unmotiviert hochmütig und stolz seinen Angehörigen gegenüber, häufig hochgradig roh und brutal. Mit 21 Jahren treten fixe Wahnideen, wonach hinter ihm „durch Miasmen und Elektrizität auf ihn eingewirkt werde," auf. Dazu gesellten sich Vergiftungsideen; trotz hochgradiger Gehörs- und Gesichtshallucinationen bestand Patient mit 22 Jahren sein Referendarexamen. Seitdem ununterbrochen in Anstaltsbehandlung. Masturbiert stark, ist unzugänglich und abweisend. Intelligenz scheint verhältnismässig wenig Einbusse erlitten zu haben.

XV.

Albert Hl., 28 Jahre alt, aufgenommen 1892. Vater des Patienten notorischer Trinker mit Neigung zur Rohheit. Patient selbst, der ca. $3^1/_2$ Jahre vor seiner Aufnahme 2 Monate lang wegen Geisteskrankheit behandelt wurde, zeigte sich plötzlich arbeitsunlustig und apathisch. Nach 3 monatlicher Dauer dieses Zustandes trat eine hochgradige Erregung ein, die ihn zu lebensgefährlichen Attacken auf Bruder und Vater hinriss. In der Anstalt beruhigte er sich schnell; sein Benehmen war stets läppisch und sonderbar. Hallucinationen waren nicht nachzuweisen, wurden vom Patienten, dessen Intelligenz gering ist, stets in Abrede gestellt. Er bietet eine merkwürdige Art von Zwangshandlung dar, indem er plötzlich und ohne Motiv auf den ersten besten losschlägt, offenbar ohne die Absicht zu verletzen. Macht man ihm Vorstellungen, so ist er sehr reumütig, um im selben Momente von neuem zu schlagen.

Zeitweise hat er sich mit kleinen Diebereien von Brodstücken, Brödchen u. s. w. beschäftigt, die er dem Arzt oder Wärter zum Geschenk machen will. In seinen Antworten und in der Begründung seiner Handlungen verrät sich eine gewisse geistige Schwäche mit Resten von früheren Kenntnissen kombiniert, er gefällt sich in sonderbaren Redensarten, wie: „Das Leben wird uns führen," „den Weg finden ist stets das Wichtigste." Zeitweise leistet er als Barbier einige Dienste, häufig muss er isoliert werden; er bittet dann unter allen möglichen Versprechungen um seine Befreiung, ist aber nicht im Stande, dem Triebe zu schlagen, zu widerstehen.

XVI.

Adolf Kl., 20 Jahre alt, aufgen. im Juli 1891. Der Vater des Patienten schon kurz nach der Verheiratung starker Säufer. Zwei Onkel mütterlicherseits sind geisteskrank, ein Bruder schwachsinnig. Patient war von Jugend auf verschroben, körperlich kräftig entwickelt, ohne Stigmata. Der Onanie ergab er sich frühzeitig in exzessivster Weise. Als Kind stets zurückhaltend und misstrauisch, mit 15 Jahren treten Verfolgungsideen auf. Bei der Wahl eines Berufes zeigte er sich ohne Ausdauer, er war abwechselnd Klempner, Gärtner, Pferdeknecht, Landwirt und Schreiber. Frühzeitig trat die Neigung zu gewaltthätigen, brutalen Handlungen auf, mit 17 Jahren misshandelte er unmotiviert einen Geistlichen, gelegentlich Passanten auf der Strasse. Vielfach richtete sich seine Rohheit gegen seine Angehörigen. Im ganzen war er bereits 3 mal kürzere Zeit in irrenärztlicher Behandlung. In der Anstalt zeigte er sich leicht reizbar, reagierte auf jede vermeintliche Beeinträchtigung mit den gemeinsten Schimpfworten, ist träge und teilnahmlos. Sehr geringe Intelligenz. Halluzinationen wahrscheinlich. Häufig schreit er plötzlich unmotiviert auf; seine einzige Thätigkeit ist die fortwährend und schamlos

betriebene Onanie. Fortschreitender hochgradiger Verfall der geistigen Kräfte seit der Aufnahme des Patienten.

XVII.

Rudolf von S., Landwirt, 25 Jahre alt, aufgenommen im Juli 1891. Vater litt an Ischias und Neuralgie. Grossmutter von Vaters Seite starb an Dementia paralytica, ein Bruder des Vaters Selbstmörder. Zwei Brüder der Mutter Potatoren.[1]) Patient selbst war früh geistig entwickelt, aber stets ruhig und abgeschlossen. Schon mit 10 Jahren so jähzornig, dass er beinahe seinen Bruder, der ihn neckte, erstochen hätte. Mit 12 Jahren begann er der Onanie zu fröhnen. Auf dem Gymnasium kam er schlecht vorwärts, so dass er einmal relegirt wurde. Schon frühzeitig Excesse in venere et baccho, 1883 im Anschluss an einen Typhus Sinnestäuschungen und Angstzustände. Nach mühsam erlangtem Berechtigungsschein zum Einjährig-freiwilligen Dienst erst Landwirt, dann Buchhändler, dann wieder Landwirt. Mit 18 Jahren Selbstmordversuch, mit 21 Jahren ein zweiter wegen unglücklicher Liebe, im Jahre 1890 ein dritter. Damals nach Elgersburg und nach Jena geschickt, wo eine Reihe Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen konstatirt wurden. — Grosser gut entwickelter junger Mann, keine Stigmata. Giebt gute Antworten, ist richtig über Zeit und Ort orientiert. Im Verlaufe der Unterhaltung produziert Patient ein ganzes System von Grössenideen. Er lebt von Erschaffung der Welt an als Urmensch und erscheine seit Millionen von Jahren in allen möglichen Gestalten, als Aristoteles, Cäsar, Göthe oder Beethoven. Er ist Landwirt, Jurist und Komponist, desgleichen ist er mit Astronomie und Sprachwissenschaften durchaus vertraut. Als Arzt ist er ebenfalls approbirt, nachdem er fast an allen Universitäten studiert, grosse medizinische Werke verfasst

[1]) Bei Beurteilung des hereditären Moments wohl das wichtigste.

und grosse Operationen mit einzigem Geschick vollzogen habe. Paralyse war durchaus von vornherein auszuschliessen, trotz der zum Teil ungeheuerlichen Grössenideen. Die Diagnose würde wohl mit der von Fall 5 (Fall A.; originäre Verrücktheit) übereinstimmen.

Mehrfach verlangte er dringend seine Entlassung, da er 800 Patienten mit Tuberkulin behandeln wolle. Halluziniert stark, so dass ihm jede Thätigkeit unmöglich ist. Seine Ideen sind stets dieselben geblieben. Es sind Ideen über seine Karrière als Doktor der Medizin, Chemie, Philosophie, Jurisprudenz u. s. w., der geringste Widerspruch gegen seine Ideen macht ihn sehr erregt, im übrigen ist er ruhig und zugänglich, unterhält sich gern und bereitwillig über medizinische Dinge, in denen er sich ausserordentliche Kenntnisse nachrühmt. Im Verkehr mit den anderen Patienten ist er vornehm zurückhaltend.

XVIII.

Josef K., 30 Jahre alt, aufgenommen Mai 1886. Mit 18 Jahren bereits in der Irrenanstalt zu Schwetz kurze Zeit behandelt, später ca. 1 Jahr in der Schleswigschen Irrenanstalt. Mutter geisteskrank, Onkel mütterlicherseits epileptisch. Patient war immer von Jugend auf schwächlich, körperlich schlecht entwickelt. Kleine adhärente Ohrläppchen, sonst keine Stigmata. Schon mit 8 Jahren vorübergehend geisteskrank. Lernte in der Schule recht gut, zeigte frühzeitig Neigung zu religiösen Dingen. Mit 18 Jahren trat unvermittelt eine psychische Störung auf, er wurde hochgradig ängstlich, sah Feuer und Teufel, die ihn verfolgten. Nach elfmonatlichem Erregungszustand (halluzinatorische Verwirrtheit?) als geheilt entlassen. Beim Ableisten seiner Militärpflicht erkrankte Patient aufs Neue und wurde nach einjähriger Behandlung als unheilbar erklärt. Bei seiner Aufnahme in hiesige Anstalt befand er sich in einem Zustand weit fortgeschrittener Verblödung. Er ist

zerstörungssüchtig und unrein, redet viel vor sich hin, offenbar infolge von Gehörshalluzinationen, zeitweise weint und schreit er ohne jedes Motiv. Irgend welche geordnete Antworten sind nicht mehr von ihm zu erhalten.

XIX.

Martin Bl., 27 Jahre alt, aufgenommen Juni 1891. Mutter jähzornig, eine Schwester epileptisch, zwei Brüder haben längere Zuchthausstrafen erhalten. Patient ist ebenfalls in seinem 18. und 20. Jahre wegen Schlägereien bestraft worden, einmal mit 5 Monaten Gefängnis, später wegen Verletzung mit tötlichem Ausgang zu 5 Jahren Zuchthaus. Als Kind soll er schon nicht normal gewesen sein, zeigte aber in der Schule keine auffallende geistige Schwäche, nur war er roh und ungehorsam. Mit 20 Jahren trat er eine längere Zuchthausstrafe an und führte sich derart schlecht, dass fortwährend mit Strafverschärfungen gegen ihn vorgegangen werden musste. Durch exzessive Onanie soll sich schon nach zweijährigem Aufenthalt im Zuchthaus ein starker geistiger Verfall bemerkbar gemacht haben. Körperlich kräftig entwickelt bietet er ausser einer abnorm geformten linken Ohrmuschel nichts auffälliges dar. Bei der Aufnahme war er etwas unruhig und erregt, über seine Familienverhältnisse und Umgebung in sehr geringem Masse orientiert. Er hält sich für den obersten gebietenden allerheiligsten Gott, seine Schwester sei einmal im Himmel gewesen, „um dort zu beten“. Sein Verbrechen wird in unschuldigster Weise dargestellt, er zeigt keine Spur von Reue: „durch eine Strafe wird man immer böser und wütender“. Seine Schlägereien erzählt er mit einigem Stolz und Behagen und selbstgefälligem Lächeln. Wenn er von seiner Stellung als „oberster Gott“ spricht, drängt er sich vorsichtig an den Fragenden heran, um nicht belauscht zu werden. Im Juli sind seine Wahnideen stark zurückge-

treten, dagegen glaubt er sich nunmehr von unter ihm befindlichen Feinden verfolgt. Im ganzen macht er den Eindruck eines schwachsinnigen Menschen.

XX.

Franz K., 24 Jahre alt, aufgenommen Februar 1889. Eine Tante mütterlicherseits geisteskrank. Lernte bis zum 14. Jahre gut und entwickelte sich normal. 1886 längere Zeit zurückhaltend und still, dann ein längeres Aufregungsstadium von ausgesprochen maniakalischem Charakter. Neben Grössenideen treten religiöse Ideen auf. Bereits im Mai 89 auffällig fortgeschrittene Demenz, Zerstörungstrieb, Neigung zu Gewaltthätigkeiten gegen die Umgebung und zu Selbstbeschädigung. Zeitweise erregt unter den unsinnigsten Grössenideen; mehr und mehr apathisch und blödsinnig.

In den beiden letztgenannten Kranken haben wir die typischsten Fälle des hereditären Irreseins vor uns. Von Jugend auf sonderbar, frühzeitig und plötzlich unter schweren Symptomen erkrankt, mit ausserordentlich wechselndem polymorphem Krankheitsbild. Bei jeder Gelegenheit tritt die Neigung zu brutalen Handlungen hervor, die diese „instinktiven Naturen“ kennzeichnet.

Was schliesslich die Art der Belastung betrifft, so sind alle unsere Kranken mit Ausnahme von 1 und 2 und 9 und 10, bei denen die Anamnese nicht feststeht, und Fall 15 von mütterlicher Seite in schwerster Weise belastet. Thatsächlich scheint aber vieles dafür zu sprechen, dass die Intensität der Erkrankung von der Stärke der hereditären Infektion abhängt. Und wenn im allgemeinen das degenerative Irresein sich durch seine Symptome besonders dokumentiert, so darf umgekehrt nicht vergessen werden, dass nicht jeder Fall, auch bei nachgewiesener Belastung, die Charakteristika derselben haben muss. Gerade

hier muss man sich vor Übertreibungen und zu weit gehenden Schlüssen hüten, gegen die sich Meynert[1]) mit scharfen Worten gewendet hat, indem er die Hereditätslehre der letzten Jahre als „übel ausgebeutete, sportartig betriebene Lehre“ bezeichnet.

Die Ergebnisse unserer Betrachtung sollen im folgenden zusammengefasst werden:

1) Bei ca. 40 % aller Geisteskranken ist hereditäre Belastung nachweisbar.

2) Beim weiblichen Geschlecht ist die Ziffer der Belasteten im allgemeinen um 1—3 % höher.

3) Dagegen überwiegt die Zahl der belasteten Männer, wenn die Zahl der Alkoholisten und Paralytiker ausser Ansatz bleibt.

4) Am verhängnisvollsten für die Nachkommenschaft ist der Alkoholismus des Vaters, er belastet mit Vorliebe die männliche Nachkommenschaft, ihm folgt zunächst die Geisteskrankheit der Mutter, wodurch vorzüglich die weiblichen Nachkommen gefährdet werden. Der Zahl nach schliessen sich die Nervenkrankheiten an, sie übertragen die Disposition von der Mutter auf beide Geschlechter mehr oder weniger gleichmässig. Charakteranomalien finden sich vorzüglich beim Vater und schaffen bei den Söhnen eine Prädisposition. Selbstmord und Verbrechen kommen statistisch fast gar nicht inbetracht.

5) Der grösste Teil der Hereditarier bietet bestimmte Symptome dar, die das hereditäre Irresein als spezielles und zwar als degeneratives von dem erworbenen unterscheiden lässt. a) Auftreten der Krankheit oder äquivalenter Erscheinungen wie Sonderbarkeiten des Charakters u. a.

[1]) Meynert, Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns. 1884. Vorwort.

in der Jugend; b) Ausbruch kurz vor oder nach der Pubertät ohne schwerere Ursache; c) Obsessions- d. h. Zwangsakte sowohl bei Beginn als auch im Verlauf der Krankheit; d) Beginn meist durch schwere Zwangsakte charakterisiert: gehäufte Selbstmordversuche, Misshandlung der nächsten Angehörigen, schamlose Akte u. s. w. e) Im Verlauf polymorphes Krankheitsbild, bei circulären Formen lange über Monate bis Jahre dauernde Einzelperioden. Vielfach ausserordentlich schneller Verfall der Geisteskräfte.

Herrn Direktor Dr. Kroemer habe ich an dieser Stelle meinen wärmsten Dank für seine liebenswürdige Unterstützung und Anregung auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich Paul Pollitz, evang. Konfession, bin geboren am 20. November 1867 zu Köln am Rhein, als Sohn des verstorbenen Kaufmanns Jakob Pollitz und seiner Gattin Eugenie geb. Hamburg. Nach mehrjährigem Elementarschul-Unterricht besuchte ich vom 9. Lebensjahre an das Königl. Friedrich-Wilhelms-Gymnasium zu Köln und verliess dasselbe $18^1/_4$ Jahre alt mit dem Reifezeugnis.

Meine medizinischen Studien begann ich im Jahre 1886 auf der Kaiser-Wilhelms-Universität zu Strassburg i. E. und bestand daselbst im März 1888 das tentamen physicum mit dem Prädikat „gut". Die nächsten 3 Semester brachte ich auf der Kgl. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn zu und wandte mich von dort im Herbst 1889 nach Leipzig. Im Winter 1890/91 vollendete ich daselbst die medizinische Staatsprüfung mit dem Prädikat „gut".

Am 1. April 1891 trat ich bei dem in Leipzig-Gohlis garnisonirenden 10. Königl. sächsischen Infanterie-Regiment No. 134 ein, schied mit dem 1. Oktober als Gefreiter aus und wurde am 1. Nov. beim Schleswig'schen Fuss-Artillerie-Bataillon No. 9 als Einjährig-freiwilliger Arzt eingestellt Nach Beendigung meiner Dienstpflicht wurde ich am 26. Juli 1892 zum Assistenzarzt der Res. befördert. — Mitte September übernahm ich die Stelle eines Volontärarztes, bei der unter Leitung des Herrn Direktors Dr. Kroemer stehenden Provinzial-Irren-Anstalt zu Neustadt in Westpr., in welcher Stelle ich mich zur Zeit noch befinde.

Meine akademischen Lehrer waren:

In Strassburg.

De Barry (†). Ewald. Fittig. Goltz. Götte. Jolly. Jössel (†). Kundt. Pfitzner. Schwalbe.

In Bonn.

Binz. Bohland. Burger. Doutrelepont. Finkler. Geppert. Kocks. Köster. Krukenberg. Nasse (†). Sämisch. Schulze. Trendelenburg. Thomsen. Ungar. Veit. Witzel.

In Leipzig.

Birch-Hirschfeld. Böhm. Braune (†). Coccius (†). Flechsig. Heubner. Hoffmann. Hofmann. Kurschmann. Lesser. Ludwig. B. Schmidt. Schütz. Tiersch. Zweifel.

Allen diesen hochverehrten Herren bin ich ausserordentlich zu Dank verpflichtet.

Thesen.

I.

Die erblich belasteten Geisteskranken bieten fast ausnahmslos die Symptome des degenerativen Irrsinns dar.

II.

Bei der Behandlung der Hysterie ist die Kastration entschieden zu verwerfen.